

医療機関の証明一覧表

特別会員番号	
--------	--

令和	年	月	療養分
----	---	---	-----

裏面「医療機関へのお願い」を参照のうえ証明願います。

医療機関の証明	療養者氏名		左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目
	療養期間 (西暦で記入) 20 年 月 日から 日まで			1. 外来	日間	
	療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)	点 (円)		左のうち本人の負担額 ・保険診療に限る ・食事療養費を除く		円
	上記のとおり証明する。			令和	年	月 日
	所在地	医療機関				
	名称			印		
医療機関の証明	療養者氏名		左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目
	療養期間 (西暦で記入) 20 年 月 日から 日まで			1. 外来	日間	
	療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)	点 (円)		左のうち本人の負担額 ・保険診療に限る ・食事療養費を除く		円
	上記のとおり証明する。			令和	年	月 日
	所在地	医療機関				
	名称			印		
医療機関の証明	療養者氏名		左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目
	療養期間 (西暦で記入) 20 年 月 日から 日まで			1. 外来	日間	
	療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)	点 (円)		左のうち本人の負担額 ・保険診療に限る ・食事療養費を除く		円
	上記のとおり証明する。			令和	年	月 日
	所在地	医療機関				
	名称			印		
医療機関の証明	療養者氏名		左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目
	療養期間 (西暦で記入) 20 年 月 日から 日まで			1. 外来	日間	
	療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)	点 (円)		左のうち本人の負担額 ・保険診療に限る ・食事療養費を除く		円
	上記のとおり証明する。			令和	年	月 日
	所在地	医療機関				
	名称			印		

○注意及び事務手続

医療機関の証明一覧表は切り取らず、会員番号・療養年月を記入のうえ、それぞれの医療機関で証明を受け、医療費給付金請求書に添付し互助会に提出してください。

なお、領収書（コピー可）添付の場合は、医療機関の証明一覧表の作成は不要です。

○医療機関へのお願い

- 1 医療機関の証明欄は、療養者氏名・療養期間・療養日数・診療科目・レセプト点数・本人負担額等を月別に、すべてを記入して医療機関の印を押してください。
- 2 同じ月に、外来と入院の療養がある場合は別の欄に証明してください。
2月以上にまたがっての入院は、月ごとに別葉の証明一覧表に証明してください。
総合病院の場合は、診療科目別に証明してください。
- 3 柔道整復の施術に係る証明の場合、「療養に要した費用」の欄には、保険療養費の総額（10割）を記入してください。
- 4 「左のうち本人の負担額」の欄には食事療養費、はり・きゅう・あんま・マッサージ・指圧の療養費、保険診療外の療養費等は含めないでください。
なお、端数処理を行っている場合はその端数処理後の金額を記入してください。
- 5 高額療養費自己負担限度額までの支払いの場合（記入例）

療養者氏名		互助太郎		左の内訳	該当番号どちらかに○印		診療科目	内科
療養期間	(西暦で記入)	2022年	05月		01日から	16日まで		
療養に要した費用 ・レセプト点数 (柔道整復は保険療養費の総額)		43,830		点 (円)		左のうち本人の負担額 ・保険診療に限る ・食事療養費を除く		高額療養費自己負担限度額 81,813
								円